



Étude diachronique d'un processus de transmission des savoirs en soins à travers les modèles d'apprentissage mis en oeuvre de l'Antiquité jusqu'à la construction du corps infirmier français en fin de XXe siècle

Hervé Carbuccia

► To cite this version:

Hervé Carbuccia. Étude diachronique d'un processus de transmission des savoirs en soins à travers les modèles d'apprentissage mis en oeuvre de l'Antiquité jusqu'à la construction du corps infirmier français en fin de XXe siècle. Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, Jul 2012, Paris, France. halshs-00790600

HAL Id: halshs-00790600

<https://shs.hal.science/halshs-00790600>

Submitted on 20 Feb 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Communication n° 256- Atelier 21 : Formation au métier du soin

Étude diachronique d'un processus de transmission des savoirs en soins à travers les modèles d'apprentissage mis en œuvre de l'Antiquité jusqu'à la construction du corps infirmier français en fin de XX^e siècle.

Hervé Carbuccia, cadre de santé APMH, Formateur, Université de Provence.

Résumé :

Les savoirs en soins de protection de la vie humaine sont inhérents au développement de l'humanité. Partant d'une recherche conduite pour une thèse portant sur la formation des infirmières et infirmiers au XX^e siècle en France, le processus de transmission de ces savoirs a été étudié de façon diachronique. Cette étude remontant aux origines de notre civilisation ambitionne de mettre en évidence les modèles d'apprentissage mis en œuvre pour transmettre les savoirs en soins aux personnes à qui ce rôle a été dévolu. Au XX^e siècle, l'organisation de la formation en soins infirmiers en alternance fondée sur des curricula de plus en plus détaillés a permis au corps professionnel infirmier de contrôler la transmission de ses savoirs.

Mots clefs : formation, soins infirmiers, savoirs, transmission, modèles d'apprentissage.

Aux origines de l'humanité

Les savoirs en soins de protection de la vie remontent à des temps très lointains. De cette origine nous sont parvenues des traces ténues. Par quelles fonctions, quelles dynamiques, le vivant a-t-il pris soins du vivant dès l'origine ? Nous concernant humains, qu'est-ce qui a présidé à l'entretien de la vie tout au long de la lignée animale dont nous émergeons ? A partir de ces traces, nombres d'auteurs ont formulé des hypothèses (Mordacq, 1972 ; Charles, 1979 ; Collière, 1982 ; Guillermand, 1988) fondées sur les soins maternels prodigués aux nouveau-nés, aux malades et aux mourants par les femmes. Mais aussi sur les soins prodigués par les hommes aux blessés par accidents de chasse ou au cours d'affrontement entre clans.

La question de la transmission des savoirs nécessaires à la réalisation de ces soins se pose dès lors. Par quel type d'apprentissage cette transmission s'opérait-elle ?

L'apprentissage par imitation encore appelé vicariant, a probablement été appliqué depuis les premiers soins prodigués et l'est encore de nos jours. Ce type d'apprentissage se réfère à Vygotski (2002), Tap (1988) pour l'identification par imitation et plus particulièrement à Bandura (1980) auteur des processus de rétention (l'observation suivie du codage verbal est centrale) essentiel dans l'apprentissage vicariant.

L'apprentissage par instruction est intervenu dès que des observations et des prescriptions relatives à la conservation ou au rétablissement de la santé ont été fixées sur des supports lisibles, car ce type d'apprentissage « consiste à communiquer une connaissance en la formulant dans un texte » (Richard, 1990, p. 159).

Dans l'Antiquité, des traces plus probantes ont été interprétées par les historiens comme des témoignages de soins, voire de structures organisées en systèmes de formation en soins. En Grèce, en Egypte puis dans l'Empire romain, des structures de soins sont identifiées. Elles concernaient surtout les esclaves et soldats nécessitant d'être remis « en état de servir » après avoir été victimes d'une maladie ou d'une blessure.

Des écoles de médecine sont reconnues dans cette période (la première école de médecine grecque aurait ouvert ses portes à Cnide en 700 av. J.-C et Alcméon de Crotone, auteur du premier traité d'anatomie y aurait travaillé) ce qui démontrent l'existence d'un système de formation. La transmission des savoirs médicaux était donc formalisée. La question de la transmission des savoirs « paramédicaux » reste posée du fait de la dévolution de ces soins aux femmes dans la sphère privée et aux esclaves dans les « systèmes hospitaliers ».

Avec l'émergence du christianisme, Guillermand (1988) fait ressortir combien le souci du prochain malade est prégnant et c'est sur cela que se fonde la vision chrétienne dans l'assistance aux malades si importante dans la consécration du personnel soignant religieux. Le christianisme étant devenu religion d'état de l'Empire romain, une institutionnalisation des structures hospitalières est historiquement avérée à Byzance. Cette institutionnalisation a très probablement nécessité d'assurer la transmission des savoirs en soins.

Le rayonnement de Byzance en Europe

Selon Bernard Flusin¹ (2009), la fondation de Constantinople (324-330) en tant que capitale de la partie orientale de l'Empire des Romains relève d'une histoire propre si riche, que très tôt, il a été d'usage de parler de *l'Empire byzantin*. Bien que la mémoire collective ait occultée la reconquête de la partie occidentale de l'Empire par Justinien (527-565), celui-ci y a néanmoins réintégré l'Italie, l'Afrique et une partie de l'Espagne. Ainsi, l'influence hellénique et orientale dominante dans la partie byzantine, s'est faite ressentir sur la partie occidentale latine.

Pour Jean Claude Cheynet² (2009) : « il n'est pas injuste de considérer Constantin comme le fondateur de l'Empire byzantin, même si une telle affirmation mésestime les éléments de continuité avec les réformes militaires et administratives engagées par Aurélien et Dioclétien, car lui, l'Occidental, a réorganisé l'orient en le dotant d'une capitale à la situation judicieusement choisie et formidablement défendue. Agissant ainsi, il assura le salut futur de l'Empire » (p. 26).

La reconnaissance de la même religion par les autorités et les sujets des deux parties de l'Empire a constitué un trait d'union puissant entre la partie orientale et la partie occidentale. Le rôle des différents conciles (Nicée en 325, Constantinople en 381-382) est important en termes de cohésion économique-géopolitiques. En 431 s'est réuni le troisième concile œcuménique à Éphèse, c'est là que l'archevêque de Constantinople, Nestorius a été condamné pour sa doctrine (Flusin, 2009, p. 34). Selon Cheynet (2009), le rejet du nestorianisme a poussé ses tenants (les nestoriens) à quitter l'Empire pour gagner la Perse où après un temps de persécution, ils ont été tolérés (p. 25). Raymond Le Coz (2004) a rendu justice aux nestoriens trop longtemps réduits au statut d'hérétiques, en rétablissant des faits qui mettent en lumière leur rôle dans l'histoire du Moyen Orient.

¹ B. Flusin est professeur à l'Université de Paris-Sorbonne et directeur d'études à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes, Section Sciences Religieuses.

² J.C Cheynet est professeur d'Histoire Byzantine à l'Université de Paris IV-Sorbonne.

Ses travaux montrent que les nestoriens installés chez les perses, ont, dès le VI^e siècle :

« traduit les écrits scientifiques grecs en syriaque, qui était leur langue liturgique et culturelle. Au IX^e siècle, ils les traduiront du syriaque en arabe et introduiront leur savoir dans le califat de Bagdad, où fut créé un foyer scientifique dans lequel se réunissaient les chercheurs. Les savants arabes ont été eux-mêmes capables d'interpréter cet héritage et d'y ajouter des constructions originales en astronomie, en mathématiques, en optique, en chimie ainsi qu'en médecine » (Le Coz, 2004, p. 9).

Selon Le Coz (2004), en partant vers l'Orient des moines « nestoriens » ont ainsi traversé l'immense territoire en suivant les routes de la soie et des épices tout en évangélisant vers l'Est et le Sud. Cette évangélisation dont on trouve des traces en Chine au VII^e siècle, aurait largement précédé les musulmans. Leur vitalité spirituelle doublée d'une puissante curiosité intellectuelle leur a fait mettre : « rapidement sur pied des établissements que l'on peut qualifier d'universités dans toutes les villes où réside un métropolite (archevêque), et qui ouvrent une école dans chaque village ainsi que dans bon nombre de monastères » (*op. cit.*, p. 12-13).

Partant de ses sources³, Le Coz (2004) montre que les nestoriens étaient les seuls médecins de Bagdad jusqu'à la fin du IX^e siècle car les Arabes ne sont venus à la médecine que tardivement. C'est pourquoi il affirme que les nestoriens ont joué un rôle très important dans le développement de la civilisation arabo-musulmane car « ils ont été parmi les principaux fondateurs de la médecine et de la philosophie arabes, en créant de toutes pièces le vocabulaire technique nécessaire pour que ces sciences puissent exister » (*ibid.* p13). Ces savoirs augmentés par les conquérants musulmans sont revenus vers la péninsule ibérique via le Maghreb à partir de l'expansion de l'islam.

Pour leur part, Flusin et Cheynet, insistent sur le développement des institutions charitables dans la partie byzantine de l'Empire.

Selon le premier, « il faut signaler, dans la vie sociale, le développement d'institutions charitables. [...] Dès l'époque protobyzantine, on voit apparaître des institutions à l'usage des plus démunis : les hospices qui, sous divers noms, s'adressent aux malades, aux vieillards, aux orphelins. [...] d'autres institutions byzantines tiennent une place importante dans l'histoire de l'hôpital » (Flusin, 2009, p.52-53).

Flusin mentionne aussi le moine Basile de Césarée qui dirigeait des « communautés plus petites, mieux intégrées à la vie des Eglises locales » (*op. cit.*, p.43), or ce personnage est cité par Guillermand (*cf. infra*). Pour sa part, Cheynet (2009) souligne le rôle des évêques qui à partir de la fin des persécutions deviennent de véritables gestionnaires des dons et legs des fidèles mais aussi des « libéralités impériales » (p. 52). Évêques qui, secondés par des économes, « distribuent les aumônes aux pauvres inscrits dans des registres tenus à jour et fournissent le nécessaire aux établissements de charité destinés à accueillir les voyageurs, malades, vieillards et orphelins » (*ibid.*, p.19).

Pour Guillermand (1988), la fin des persécutions a offert la possibilité aux chrétiens de pratiquer « au grand jour ». Alors, à la moitié du IV^e siècle, Basile dirige la réalisation d'une structure hospitalière de grande ampleur à Césarée. Dans cette « Basiliade » qui accueillait les nécessiteux sans distinction exerçaient « ceux qui soignent les malades, ceux qui pratiquent la médecine » (*op. cit.*, p. 43).

³ Les sources sont de deux sortes :

- arabes constituées par les historiens musulmans, ces sources ont été soumises à une critiques rigoureuses par Le Coz du fait de leur occultations des minorités chrétiennes dans l'histoire de Bagdad ;

- chrétiennes constituées par l'abondante littérature des Eglises jacobite et nestorienne, qui recèlent des pièces très variées comme : des textes ecclésiastiques, de la correspondance des patriarches et des évêques, des comptes rendus de conciles. Les croisements offerts par cette littérature rendent ces sources très fiables.

Toute cette littérature est rédigée en syriaque ou en arabe.

Dans les deux siècles suivants cet élan ne faiblira pas dans l'Empire byzantin à tel point qu'au VI^e siècle à Constantinople on dénombrait trente cinq établissements charitables où les soins (selon une médecine héritée des grecs) étaient dispensés dans un contexte hautement spirituel.

L'organisation réservait des locaux aux femmes où des femmes médecins et des femmes soignantes assuraient les soins tandis que du côté « hommes », des médecins masculins faisaient équipe avec des hommes soignants. Dans la partie occidentale de l'Empire, l'organisation était moins performante, cependant à Rome au IV^{ème} siècle un *nosocomeion*, avait été ouvert par une riche patricienne convertie, Fabiola. Elle y accueillait tous les malades sans distinction, pas seulement les esclaves ou les soldats dans une optique de rentabilisation du personnel comme cela se faisait jusque là.

Multiplication des institutions charitables

Au V^e siècle, à Hippone un *xenodochium* est édifié sous l'influence de Saint Augustin. Puis, c'est au tour de Lyon et d'Arles d'être équipées de structures destinées à accueillir les infirmes. La maison d'Arles est équipée par l'évêque Saint Césaire. En ce siècle, dans chaque ville de taille suffisante pour qu'un évêque y soit nommé, ce dernier avait pour mission de pourvoir aux besoins des pauvres et des malades (infirmes) dans l'incapacité de travailler. Dès lors, ces maisons ont été désignées par un terme latin et non plus grec latinisé, elles ont pris le nom d'*hospitium* ou *hospitale*⁴. Ainsi, les ordres monastiques établis sur la règle de la charité ont très tôt fondé des monastères comportant des lieux d'accueil des malades très vite orientés vers la fonction hospitalière. En 529, Benoît de Nursie, (futur Saint Benoît) fondateur d'un monastère sur le Mont Cassin, organise la vie monastique par une règle (en 73 chapitres) très insistante sur l'hospitalité. A tel point qu'un local spécial doit être dévolu à l'accueil (*cella hospitium*) avec sa cuisine propre. Le cellérier – chapitre 31 – est enjoint de manifester toute sa sollicitude aux infirmes (*infirmus*), enfants, hôtes et pauvres. Le chapitre 36 régit les soins aux malades et prescrit « qu'une chambre à part soit affectée à un frère malade, et quelqu'un pour les servir qui craigne Dieu et soit diligent et soigneux » (Guillermard, 1988, p. 60).

Invention du titre «d'infirmier et d'infirmière»

Guillermard (1988) souligne le fait que grâce aux savoirs médicaux (hérités de la médecine gréco byzantine) une pratique médicale bien plus évoluée que celle des guérisseurs locaux a rapidement obligé les moines à accueillir des malades extérieurs à la communauté. Ainsi, de la « cella » réservée au frère malade devenue trop exiguë, de plus vastes locaux ont été mis à disposition, prenant alors le nom d'*infirmarium*.

À Cluny au X^e siècle, l'infirmier se présente sous la forme d'un bâtiment à trois nefs aussi imposant que les hôpitaux de l'époque et témoigne de l'importance de l'accueil des malades. L'ordre des bénédictins n'était pas moins actif dans les soins comme en témoigne l'œuvre de la célèbre Hildegarde de Bingen (abbesse du monastère du Mont Saint Rupert au XII^e siècle) qui, outre des traités de théologie, de philosophie et de musique, a laissé une véritable encyclopédie médicale intitulée : « Le livre de la médecine » décrivant les causes des maladies, leurs signes et leurs traitements. Cet ouvrage contient un « herbarium » présentant les propriétés de deux cent trente plantes médicinales, et témoigne d'un labeur impressionnant. C'est une trace remarquable de l'ampleur de la science médicale des bénédictins dont il est plausible d'affirmer qu'elle a profité aux malades des hôpitaux bénédictins.

⁴ *Hospitalis domus* : maison hospitalière ; le terme substantivé est dérivé de *hospitis* (hôtel, hôte).

Ici, l'apprentissage par instruction doublait certainement l'apprentissage vicariant. Même dans les hôpitaux séculiers, le titre d'*infirmarius* revenait au frère ou chanoine en responsabilité de l'infirmier.

Naissance des ordres hospitaliers

En fin de Moyen-âge (fin XI^e, début XII^e siècle) par le retour des frères composant les ordres chevaleresques devenus des ordres hospitaliers, de nombreux hôpitaux ont été créés au long des routes qu'ils ont emprunté jusque sur notre sol. Les soins y ont pris une place grandissante par l'importation des principes médico-hospitaliers rencontrés en Orient lors de croisades. L'ordre des Antonins (voué à Saint Antoine) apparu le premier avait recours aux effets bénéfiques des reliques de Saint Antoine (ramenées de Constantinople) en organisant des pèlerinages à la Motte Saint Didier dans l'église dépositaires des reliques. En 1230, cet ordre avait tant essaimé dans la France et l'Europe qu'il comptait trois cents hôpitaux. L'ordre des Hospitaliers de Saint Jean de Jérusalem a été créé dès la première croisade pour prendre en charge les blessés puis les pèlerins affluant à Jérusalem après la prise de la ville en 1099. Richement doté par des donateurs, cet ordre a construit des relais très nombreux dans les ports et villes européennes. Les traces montrent que la nutrition et les autres soins étaient prodigués en complément d'une médecine sous influence arabo-byzantine dont les dimensions soignante et spirituelle étaient dévolues aux frères.

Il est à noter que les femmes étaient très minoritaires au sein de l'ordre. C'est au sein de la « petite branche » des hospitalières que le titre « d'infirmaria » (Guillermard, 1988, p.72) est apparu pour qualifier la religieuse en charge des sœurs malades en 1188, car l'accueil des malades extérieurs à la communauté incombait exclusivement à la branche masculine de l'ordre. En 1312, l'ordre avait développé un réseau d'hôpitaux et de « commanderies » dépendant d'une trentaine de grands prieurés après la dévolution des biens des Templiers.

Afin de saisir l'importance du système hospitalier de cette époque il est nécessaire de mentionner deux autres ordres hospitaliers masculins développés en France :

- l'ordre de Saint-Lazare dont les nombreuses maladreries (lazarets) accueillaient les lépreux entre le XII^{ème} et le XIV^{ème} siècle ;
- l'ordre du Saint-Esprit à qui œuvrait en 1198 dans l'hôpital modèle fondé par Gui de Montpellier, ainsi que dans sept établissements semblables en Languedoc. En 1204, Eudes III (duc de Bourgogne) confiait aux frères et sœurs de l'ordre, l'hôpital qu'il venait de créer à Dijon. Cet ordre mixte imposait la même règle aux hommes et aux femmes, les frères s'occupant des hommes malades et les sœurs des femmes, des parturientes et des enfants. En plus de ces personnels soignants, d'anciens enfants abandonnés assuraient des fonctions de serviteurs et selon les périodes des serviteurs à gages pouvaient être appelés en sus.

C'est au XIII^e siècle que plusieurs hôpitaux ont été confiés à des frères et des sœurs observant la règle de Saint-Augustin loués pour l'excellence des soins qu'ils dispensaient. Dans les grandes villes du royaume, partant de cet exemple, les *Domus Dei* (appellation rapidement francisée sous la forme « Hôtel-Dieu ») ont vu le jour.

Les Hôtel-Dieu recevaient les pauvres et les malades, à condition qu'ils n'aient pas été atteints de maladie manifestement contagieuse ou de lèpre. La référence à la règle de Saint-Augustin était constante et Guillermard (1988, p. 82) évoque pour les XII^e et XIII^e siècles : « un âge d'or des hôpitaux ». Le recours à la médecine ne faisait pas forcément appel à un médecin car les frères et les sœurs consultaient des copies d'ouvrages médicaux en sachant appliquer les

thérapeutiques. Ils (ou elles) préparaient des médicaments à partir de recettes éprouvées et cette spécialisation a traversé les siècles au sein des différents Hôtels Dieu. L'apprentissage se faisait là par vicariance et par instruction.

Des laïcs entrent dans les hôpitaux

En revanche, à partir du XIV^e siècle les médecins et les chirurgiens – sans engagement dans quelque congrégation que ce soit - ont régulièrement fait partie du personnel des Hôtels Dieu. L'Hôtel-Dieu de Beaune tel qu'il fonctionnait en 1443 montre une structure offrant une prise en charge des malades d'un niveau peu imaginable mais dont les traces irréfutables sont visibles de nos jours puisque cette partie des Hospices a été transformée en musée.

Les ordres d'hommes et de femmes soignants étaient nombreux et importants au XVII^e siècle. Concernant les Filles de la Charité de Saint Vincent de Paul, Magnon (1988) met en évidence que « la première école d'infirmières que le monde ait connu fut fondée le 23 novembre 1633, par Saint Vincent de Paul, dans une maison située 43, rue Cardinal-Lemoine à Paris » (p. 49). La direction de cette école était assurée par Mademoiselle Le Gras fidèle collaboratrice de prêtre depuis le début de l'aventure des « Filles de la Charité » en 1629. Ces « proto-infirmières visiteuses » dévouées montraient quelques difficultés dans leur façon de prodiguer les soins. Pour remédier à ces difficultés Vincent de Paul et sa collaboratrice ont décidé de former ces *filles*. Cette première instruction en groupe a été réalisée sous forme de conférences hebdomadaires par Vincent de Paul. Initialement, il s'agissait d'une transmission orale de savoirs. Mais très vite, les conférences furent écrites en cachette et furent publiées en 1881. Quoique qu'il ait s'agit d'une formation plus religieuse que soignante, il s'agissait néanmoins d'une transmission de savoir par instruction.

A la fin du XVIII^e siècle (un an après la Révolution française), George Cabanis⁵, affirmait : « Les hommes ne sont nullement propres à servir les malades ; la nature semble avoir réservé aux femmes seules cette honorable fonction... » (Guillermant, 1988, p.138). Le mouvement qui initiait la féminisation (et en partie la laïcisation) de la profession était lancé ; il allait prendre de l'ampleur au siècle suivant pour aboutir dans la première moitié du XX^e siècle. La volonté de réforme des révolutionnaires remettait aussi en cause l'institution hospitalière elle-même. La diatribe de Bertrand Barère⁶ au nom du Comité de Salut Public datée du 13 mai 1794 (24 Floréal An II) s'en prenait à l'essence même de l'organisation : « Plus d'aumônes, plus d'hôpitaux ! ... La vanité sacerdotale créa l'aumône... le moine créa des hôpitaux pour envahir des successions... » (*op. cit.*, p. 146) ; il amorçait la laïcisation des hôpitaux publics.

Prémices de la féminisation

En 1841, le processus de féminisation se poursuivant, Jacques Pierre Pointe médecin des Hospices civils de Lyon, fit supprimer les emplois des frères et augmenter le nombre des sœurs (Guillermant, 1988, p.163-164).

Au XIX^e siècle, l'anticléricalisme de nombreux hommes politiques et médecins (rôles souvent tenus par les mêmes personnes) faisait obstruction aux congrégations. Ceci a conduit à recruter dans les hôpitaux un personnel laïc loin d'être à la hauteur des fonctions qui lui

⁵ Pierre-Jean-Georges Cabanis (1757-1808), médecin, philosophe et homme politique français embrassa chaudement les principes de la Révolution française en 1789. En 1790, il était médecin membre de la commission des hôpitaux de Paris.

⁶ Bertrand Barère de Vieuzac, (1755-1841), est un homme politique et juriste français. Avocat méridional, élu à la Constituante, puis à la Convention. Bertrand Barère est un des orateurs les plus importants de la Révolution : Rapporteur attitré du Comité de Salut public (où il détient le record de longévité : dix-sept mois), ses discours lui valent un succès prodigieux à la Convention. Il meurt à 85 ans, conseiller général à Tarbes.

étaient dévolues. En revanche, « des frères hospitaliers, souvent dévoués sinon exploités, [qui] font pourtant l'objet de critiques sévères» (Borsa & Michel, 1985, p.171) étaient chargés des travaux pénibles (portefaix, buandiers, maçons, charpentiers, bouchers...). Ils n'étaient plus affectés aux soins. Le nombre des hospitalisés augmentant, celui des religieuses encore affectées aux soins ne suffisait plus, les administrateurs ont recruté pour les seconder des « serviteurs de seconde classe ». Il est précisé « qu'au XIX^e siècle le terme d'infirmier est appliqué abusivement à toute personne travaillant à l'hôpital ne fût-ce que pour s'y livrer à des occupations strictement domestiques comme balayer ou passer la serpillière » (*op. cit.*, p.175). L'accroissement considérable de ce personnel laïc au cours du Second Empire a constitué le point faible de l'institution hospitalière. Les conditions de vie lamentables de ce personnel (dortoirs où s'entassaient les gens des deux sexes sans aucune intimité) expliquent pourquoi il se recrutait essentiellement dans les couches les plus démunies de la société. Ni formé, ni même éduqué, ce personnel inexpérimenté était incompetent. La plupart de ces infirmiers joignaient à leurs carences professionnelles une addiction éthylique qui produisait souvent l'effet inverse des thérapeutiques mises en œuvre par les médecins. Il devenait urgent pour les médecins de pouvoir s'appuyer sur un personnel infirmier qualifié mais pour cela, outre une amélioration des conditions de vie et de rémunération, il fallait concevoir un système de formation. Les difficultés rencontrées avec le personnel masculin (et les exigences de salaire qu'il aurait fallu satisfaire) conduisirent les instances dirigeantes, sous la pression des médecins anticléricaux des hôpitaux publics à former quasi-exclusivement une nouvelle catégorie de personnel : les infirmières laïques françaises.

Prémices de la formation en soins infirmiers

Alors, dans cette période, des formations ont été organisées dans les grandes villes françaises dotées d'une organisation hospitalière importante, telles que Paris, Lyon, Marseille. Les auditeurs étaient en majorité des infirmières (dont quelques infirmiers) stagiaires ou titulaires des hôpitaux. Les cours (d'une heure et demie) étaient dispensés en fin de journée dans d'immenses amphithéâtres. Selon, la thèse⁷ d'Anna Hamilton (1900), le coût de ce dispositif était disproportionné au vu des résultats obtenus, car pour compenser les difficultés « scolaires » des auditeurs, un enseignement primaire avait dû être mis en place, ce qui avait d'une part, nécessité la rémunération d'instituteurs, institutrices et suppléants ; alors que d'autre part, plusieurs catégories de soignants (surveillants, surveillantes, « ventouseurs », « panseurs » etc.) étaient déjà rémunérés pour les pratiques. L'organisation mise en place étaient compliquée et très dispendieuse en regard des maigres bénéfices qu'en tiraient les auditeurs et auditrices. Les notions dispensées sous forme de questions-réponses à apprendre par cœur, se sont très vite avérées produire un enseignement par trop sommaire en anatomie et physiologie. Les cours d'administration (plus nombreux que les cours d'anatomie et physiologie), relevaient bien plus de la propagande anticléricale, de l'apologie de la « Révolution » et du « Progrès » que de l'initiation à la gestion des services hospitalier (Hamilton, 1900). Les leçons de pratique, (au moins aussi nombreuses que celles de théorie), permettaient sans doute d'acquérir la dextérité nécessaire aux soins. Nous partageons l'avis d'Yvonne Knibiehler : « Finalement, ces programmes oscillent entre la vulgarisation de notions sommaires et l'apprentissage de techniques précises. Les responsables semblent n'avoir jamais su décider exactement à quel public ils voulaient s'adresser » (2008, p. 59).

Cependant, à Lyon la situation était différente comme le révèle la Revue Philanthropique⁸, une « *Ecole professionnelle d'infirmières* » est créée en 1899 à l'hôpital de la Charité, sur décision du

⁷ Arch. AP-HP: cote B-1536.

⁸ Arch. AP-HP: cote 280 Per 9, volume de 1901.

Conseil des hospices civils pour donner « un caractère officiel et public à l'enseignement ainsi organisé [...] [l'école] est ouverte à toute personne se destinant à la profession d'infirmière, soit à domicile, soit dans les hôpitaux, sans aucune distinction de culte ou de nationalité » (1901, p.580). Le curriculum (identique quant aux contenus, à celui des hôpitaux de Paris) était organisé de manière très différente ; en effet, il comportait des exercices théoriques et des exercices pratiques :

- la partie pratique était dispensée « au lit du malade », sur un rythme quotidien de huit heures à midi « dans la salle qui lui est assignée ». Ainsi en une année d'études, les élèves « passent deux mois dans chacun des cinq grands services : médecine, chirurgie, suites de couches, services des enfants, maladies contagieuses » (*op. cit.*, p. 581).
- les cours théoriques étaient dispensés tous les après-midi en amphithéâtre par deux médecins (les docteurs Rabot et Vincent) concernant la chirurgie et la médecine, « le cours d'administration est confié à M. l'administrateur Balleidier ». Pour assurer une bonne compréhension des contenus, les monitrices assuraient ensuite une « répétition » des cours en « interrogeant les élèves et corrigeant leurs rédactions ». Ces monitrices « pourvues du brevet » étaient au nombre de dix-huit et avaient été formées avant l'ouverture de l'école.

L'école ouverte le 4 décembre 1899, a permis de former quarante élèves et le 31 août 1900, « Trente neuf candidates ont obtenu le certificat d'aptitude professionnelle ». L'année suivante, cinquante élèves ont suivi la formation entre le 21 novembre 1900 et le mois de juillet 1901, 45 élèves ont obtenu le diplôme. L'expérience s'est poursuivie année après année en accroissant le nombre des formés pour constituer un personnel compétent. Il faut souligner avec insistance le fait que cette institution publique a été la première à mettre en place un dispositif de formation dit « en alternance » : l'organisation de l'enseignement en demi-journées qui comportait des temps de pratique en service le matin et des temps de cours (contenus théoriques repris par des monitrices après leur dispensation) l'après-midi, semble avoir permis un apprentissage de qualité. Historiquement, les Hospices Civils de Lyon ont été les précurseurs du modèle de formation en alternance. Or, non seulement ce modèle a marqué durablement la formation en soins infirmiers dans toute la France à partir de 1924, mais de plus il a été repris dans de nombreuses formations.

La formation en soins infirmiers au XX^e siècle

Notre étude parvient ici à une partie du dispositif mis en œuvre dans la thèse qui rend compte de la recherche que nous avons conduite sur la formation des infirmières et des infirmiers au XX^e siècle (Carbuccia, 2010). Nous centrerons notre propos sur deux des corpus travaillés pour cette thèse :

- le corpus constitué par les sept curricula mis en œuvre dans la formation en soins infirmiers au cours du XX^e siècle en France.
- le corpus constitué par les discours recueillis lors d'entretiens avec des professionnels des soins infirmiers. L'échantillon constitué de 35 personnes (dont 26 femmes et 9 hommes) comptait 13 personnes formées en école privée (12 femmes et 1 homme), 22 en école publique (14 femmes et 8 hommes) car les dispositifs de formation ont été uniformisés à partir de 1924 en privé et en publique. L'échantillon se divise en 5 groupes selon le curriculum suivi par les sujets interviewés :

1^{er} groupe : 7 femmes (5 entretiens et 2 récits rédigés) formées entre 1948 et 1962,

2^e groupe : 7 femmes (6 entretiens et 1 récit rédigé) formées entre 1964 et 1973.

3^e groupe : 6 femmes et 1 homme (7 entretiens) formés entre 1973 et 1981,
 4^e groupe : 2 femmes et 5 hommes (7 entretiens) formés entre 1979 et 1991,
 5^e groupe : 4 femmes et 3 hommes (7 entretiens) formés entre 1992 et 2000.

« Cette partie du dispositif travaille à partir des souvenirs d'informateurs qui racontent leur vision de la formation vécue en tant qu'élève infirmier(e). Les conditions géographiques ne permettant pas de réaliser des entretiens avec chacune des personnes contactées, le choix du récit rédigé sur papier ou par document virtuel (Internet), a été retenu et proposé à certains en remplacement d'un entretien en présentiel» (Carbuccia, 2010, p. 197).

Le premier corpus est présenté dans le tableau suivant où apparaissent les principales données des sept programmes officiels appliqués entre le début et la fin du XX^e siècle :

Programmes	Durée d'études	Ecole/IFSI ⁹	Stages
1924	2 ANS SOIT 22 MOIS	150h à 300h	21 mois
1938	2 ANS SOIT 22 MOIS	idem	22 mois dont 1 mois de probation
1951	2 ANS SOIT 22 MOIS	520H	21 mois dont 1 mois de probation
1961	2 ANS SOIT 22 MOIS	592H	21 mois dont 1 mois de probation
1972	28 MOIS	1328H+106H	2152H
1979	33 MOIS	2280H	2360H
1992	37,5 MOIS	2240H	2275H

Tableau 1 : synoptique du découpage temporel des 7 programmes étudiés.

« A l'instar de la contribution de Carole Siebert (2003) qui a étudié les programmes de formation des infirmières de 1951, 1961, 1972, 1979 et 1992 du point de vue des formateurs, notre propre dispositif de recueil de données met effectivement en évidence l'impact des ces cinq programmes sur la professionnalisation des sujets en formation. Outre les curricula de 1924 et 1938 inclus dans notre étude, il apparait que les programmes de 1951, 1961, et plus encore de 1972, 1979 et 1992, ont modifié de façon significative, la formation des élèves (puis étudiants) infirmières et infirmiers durant la deuxième moitié du XX^e siècle » (Carbuccia, 2010, p. 51). Mais dans la mesure où nous nous intéressons ici aux modèles d'apprentissage visant à assurer la transmission des savoirs en soins infirmiers, nous prendrons seulement en considération l'interprétation des données recueillies à l'aide des entretiens en les croisant avec celles qui sont pertinentes dans le corpus des curricula étudiés. Notre objectif étant d'éclairer les processus pédagogiques de transmission des savoirs observables à travers la mise en œuvre des curricula successifs.

L'alternance est mise en œuvre dans toutes les écoles d'infirmières françaises dès l'application du curriculum de 1924. Gil Bourgeon a clarifié les diverses notions qui la définissent. Partant de trois types d'alternances, il postule que :

⁹ Institut de Formation en Soins Infirmiers depuis 1992.

L'alternance juxtapositive : « se caractérise par la succession dans le temps de périodes consacrées à une activité différente : travail ou études. Ces deux moments n'ont, dans les cas extrêmes, aucun rapport entre eux ; aucune loi ne les régit et le contenu de l'un est sans répercussion sur le contenu de l'autre. Dans certains cas, cependant, cette juxtaposition d'activités peut obéir à des motifs d'ordre idéologique et politique et faire l'objet d'une législation. Les contenus n'en demeurent pas moins étrangers et l'alternance n'est que temporelle » (1979, p. 109).

L'alternance associative « suppose une mise en relation de deux types d'activités dans le cadre d'une législation définissant la nature des rapports existant entre deux activités, ou deux formations différentes. Les contenus ont en principe des liens de complémentarité et les types d'activités sont censés recevoir une égale importance » (*op. cit.*, p. 117).

L'alternance copulative est constituée par « le lien le plus élaboré entre deux activités différentes. Dans son principe, l'alternance copulative suppose une étroite compénétration des deux moments où les deux milieux d'activité. Les contenus de l'un et de l'autre sont en permanente relation, se complètent et s'enrichissent mutuellement, favorisant, outre le développement de l'individu, son intégration à un milieu élargi. Les rapports alternants sont essentiellement dynamiques » (*op. cit.*, p. 131).

A la lumière de ces définitions, les données interprétées à partir des discours des interviewés font ressortir que :

Peu de propos ont trait aux effets de l'alternance dans les discours de sujets des deux premiers groupes, il est surtout question des modalités d'organisation de celle-ci. En revanche, pour les groupes 3, 4 et 5, il ressort que les liens faits entre les deux lieux de formation auraient été opérants par la fréquentation quotidienne des terrains de stage (alternance associative) mais surtout « que les monitrices étaient si proches des élèves tant en stage qu'en cours, qu'elles influençaient leurs choix de spécialité d'exercice après l'obtention du diplôme. Cela indiquerait une articulation suffisamment [étroite] entre le lieu de cours et le lieu de stage pour marquer fortement la professionnalisation des futures infirmières, selon Bourgeon (1979) il s'agirait là d'une alternance copulative » (Carbuccia, 2010, p. 368).

En Synthèse

Outre les traces d'apprentissage par instruction qui se retrouvent jusque dans les propos de sujets du groupe 5 et les traces d'apprentissage vicariant retrouvées dans tous les discours, une synthèse très globale met en évidence :

Une dissociation (au sens de juxtaposition) entre la formation à l'école et la formation en stage pour les trois premiers curricula (1951, 1961 et 1972). La mention d'apprentissage par immersion (très présente dans le groupe 3) vient renforcer ce constat de juxtaposition, les élèves apprenaient sans intervention, ni outil fourni par le personnel venant de l'école. Les fiches techniques (outils fournis par les formateurs de l'école/IFSI) mentionnées par des sujets des groupes 4 et 5 montrent un lien interprétable comme un effort d'apprentissage par l'alternance intégrative.

Appuyée sur l'approche de Bourgeon (1979) et croisée avec les traces sur l'évaluation, l'observation des traces relatives à l'alternance entre temps de stage et temps d'enseignement à l'école (ou l'IFSI) peut être interprétée comme :

- « Associative à dominante Juxtapositive » (par extension de sens) à travers les discours des sujets des trois premiers groupes. En effet, l'ensemble des sujets fait état du peu de liens entre pratique en stage et théorie enseignée à l'école. Cela est souligné

en particulier par les sujets appartenant au groupe 3 : la dextérité gestuelle et la bonne pratique étaient évaluées en stage indépendamment de la théorie ou du contexte de la personne soignée.

- Copulative à partir du curriculum de 1979 dans les groupes 4 et 5 par la mention d'encadrement en stage par des enseignants et enseignantes, par les liens faits entre théorie et pratique, soit sous forme d'outils (démarche de soins, cas concrets, fiches techniques), soit sous forme d'épreuves formatives assurées par les formateurs. De plus, ce type d'alternance laisse place à des savoirs et savoirs faire plus spécifiquement soignants du fait de l'utilisation de modèles de soins et d'outils/ supports centrés sur les soins infirmiers.

Le cœur de métier ainsi élaboré a contribué à la légitimation du corps professionnel infirmier en contrôlant les savoirs qu'il transmet.

Pour conclure

Cette étude diachronique d'un processus de transmission des savoirs en soins à travers les modèles d'apprentissage a procédé par « bonds successifs » d'une période de l'histoire humaine à la suivante. Remontant aux origines de notre civilisation nous avons tenté de mettre en évidence les modèles d'apprentissage mis en œuvre pour transmettre les savoirs inhérents aux pratiques de soins, aux personnes socialement dévolues à l'exercice soignant. En France, c'est au XX^e siècle que l'organisation de la formation en soins infirmiers en alternance a été mise en œuvre à l'aide de curricula de plus en plus détaillés. Outre l'efficacité pédagogique de ce système de formation initié en fin de XIX^e siècle, cela a contribué à ce que le corps professionnel infirmier se constitue et contrôle la transmission de ses savoirs.

Références bibliographiques

- Bandura, A. (1980). *L'apprentissage social*. Bruxelles : Pierre Mardaga Editeur.
- Borsa, S. & Michel, C.R. (1985). *La vie quotidienne des hôpitaux en France au 19^e siècle*. Paris : Hachette.
- Bourgeon, G. (1979). *Socio-pédagogie de l'alternance*. Maurecourt : UNMFREO. Collection Mésonnance.
- Carbuccia, H. (2010). *La formation des infirmières et des infirmiers au cours du XX^e siècle, de l'apprentissage du genre social au genre professionnel*. Thèse de doctorat, Université de Provence Aix- Marseille.
- Charles, G. (1979). *L'infirmière en France, d'hier à aujourd'hui*. Paris : Le Centurion.
- Cheyne, J.C. (2009). *Histoire de Byzance*. 2^e éd. mise à jour. Paris : Puf.
- Collière, M.F. (1982). *Promouvoir la vie*. Paris : Inter Editions.
- Flusin, B. (2009). *La civilisation Byzantine*. 2^e éd. mise à jour. Paris : Puf.
- Guillermant, J. (1988). *Histoire des infirmières*. Tome 1. Paris : France Sélection. (Croix Rouge Française).
- Hamilton, A. (1900). *Considérations sur les infirmières des hôpitaux*. Thèse : Médecine : Université de Montpellier.
- Knibiehler, Y. (2008). *Histoire des infirmières En France au XX^e siècle*. Paris : Hachette Littérature.
- Le Coz, R. (2004). *Les médecins nestoriens au Moyen Âge, Les maîtres des arabes*. Paris : Edition l'Harmattan.

- Magnon, R. (1988). Entre le sabre, le goupillon et la faculté. *Pour une histoire des soins et des professions soignantes*. AMIEC, ISSN 0338-3989, 1988, cahier n°10.
- Mordacq, C. (1972). *Pourquoi des infirmières ?* Paris : Ed. du centurion.
- Richard, J-F. (1990). *Les activités mentales. Comprendre, raisonner, trouver des solutions*. Paris : Armand Colin.
- Siebert, C. (2003). L'évolution du rôle de formateur. *Formateur et Formation professionnel*. Rueil Malmaison : Editions Lamarre.
- Tap, P. (1988). *La société pygmalion ?* Paris : Bordas.
- Vygotski, L. (2002). *Pensée & langage*. 3^e éd. Paris : La Dispute.

